

Chương Trình Hen

Suyễn Trẻ Em

Độ tuổi: 0 - 5 tuổi

Tên nơi chăm sóc sức khỏe: _____

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

DOB: _____

Số điện thoại nơi chăm sóc sức khỏe: _____

Người thực hiện: _____ Ngày: _____

Thuốc Điều Chỉnh (Sử dụng hàng ngày để giữ sức khỏe)	Số Lượng Thuốc	Liều Thuốc	Chỉ Dẫn Khác (như miếng đệm, khẩu trang, máy khí dung)
		lần trong ngày HÀNG NGÀY!	
		lần trong ngày HÀNG NGÀY!	
		lần trong ngày HÀNG NGÀY!	
		lần trong ngày HÀNG NGÀY!	
Thuốc Giảm Đau Nhanh	Số Lượng Thuốc	Liều Dùng	Chỉ Dẫn Khác
		CHỈ cho thuốc khi cần thiết	GHI CHÚ: Nếu loại thuốc này thường dùng (lần trong tuần lẻ), xin gọi điện cho bác sĩ

KHU VỰC MÀU XANH LAM

Trẻ em khỏe mạnh
và không có triệu chứng hen suyễn, kể cả trong khi chơi vận động.



Trẻ em không khỏe và có triệu chứng hen suyễn, có thể là:

- Ho
- Thở khò khè
- Sổ mũi hay triệu chứng cảm lạnh khác
- Khó thở hoặc thở nhanh
- Thức giấc trong khi ho hoặc khó thở
- Làm biếng vui chơi hơn thường ngày
- _____
- _____

Các triệu chứng khác có thể chỉ báo rằng trẻ của quý vị gặp rắc rối khi thở như: ăn uống khó (hở thở hổn hển, bú ít), thay đổi giờ giấc ngủ, cáu kỉnh và mệt mỏi, ăn bớt ngon miệng.

Trẻ cảm thấy hết sức khó chịu!

Triệu chứng cảnh cáo có thể là:

- Trẻ bị ho, thở khò khè hay khó thở liên tục hoặc trở nên tệ hơn, kể cả sau khi cho uống thuốc trong khu vực màu vàng.
- Trẻ rất khó thở đến nỗi khó đi bộ, nói chuyện, ăn uống, vui chơi.
- Trẻ buồn ngủ hoặc không tỉnh táo như bình thường.

Nguy Hiểm! Hãy kêu gọi giúp đỡ ngay lập tức!

Hãy **NGĂN NGỪA** triệu chứng hen suyễn **hàng ngày**:

- Cho uống thuốc điều chỉnh bên trên hàng ngày.
- Tránh những thứ làm cho bệnh hen suyễn của trẻ trầm trọng hơn:
 - Tránh tiếp xúc khói thuốc lá; yêu cầu mọi người hút thuốc bên ngoài.
 - _____
 - _____

CHÚ Ý. Hãy tiếp tục cho uống thuốc hen suyễn hàng ngày thường lệ VÀ:

- Cho uống thuốc _____
(include dose and frequency)
- Nếu trẻ không ở trong **Khu Vực Màu Xanh Lam** và vẫn còn triệu chứng sau một giờ, thì:
 - Cho uống thuốc _____
(include dose and frequency)
 - _____
(include dose and frequency)
 - Gọi điện thoại _____
(include dose and frequency)

CHỮA TRỊ KHẨN CẤP! Hãy kêu gọi giúp đỡ!

- Đưa trẻ đến nhà thương hay gọi số 911 ngay lập tức!
- Cho uống thêm _____
đến khi được chăm sóc (include dose and frequency)
- Cho uống thuốc _____
(include dose and frequency)

Gọi số 911 nếu:

- Làn da của trẻ bị kéo về xung quanh cổ và xương sườn; hay
- Môi và/hoặc móng tay có màu xám hay màu xanh; hay
- Trẻ không phản ứng lại với quý vị.

KHU VỰC MÀU VÀNG

KHU VỰC MÀU ĐỎ

PROVIDER INSTRUCTIONS FOR ASTHMA ACTION PLAN (Children ages 0-5)

- DETERMINE THE LEVEL OF ASTHMA SEVERITY** (see Table 1) **DISTRIBUTE COPIES OF THE PLAN**
- FILL IN MEDICATIONS** Fill in medications appropriate to that level (see Table 1) and include instructions, such as "shake well before using", "use with spacer", and "rinse mouth after using".
- ADDRESS ISSUES RELATED TO ASTHMA SEVERITY** These can include allergens, smoke, rhinitis, sinusitis, gastroesophageal reflux, sulfite sensitivity, medication interactions, and viral respiratory infections.
- FILL IN AND REVIEW ACTION STEPS** Complete the recommendations for action in the different zones, and review the whole plan with the family so they are clear on how to adjust the medications, and when to call for help.

TABLE 1: Severity and medication chart (classification is based on meeting at least one criterion)

		Severe Persistent	Moderate Persistent	Mild Persistent	Mild Intermittent
Symptoms/Day	Continual symptoms	Daily symptoms	> 1 night/week	> 2 days/week but < 1 time/day	≤ 2 days/week
Symptoms/Night	Frequent				
Long Term Control¹		Preferred treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Daily <u>high-dose</u> inhaled corticosteroid AND • Long-acting inhaled B_2- agonist AND, if needed: <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid tablets or syrup long term (2 mg/kg/day, generally do not exceed 60 mg per day). (Make repeated attempts to reduce systemic corticosteroids and maintain control with high-dose inhaled corticosteroids.) 	Preferred treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Daily <u>low-dose</u> inhaled corticosteroid and long-acting inhaled B_2- agonist OR • Daily <u>medium-dose</u> inhaled corticosteroid Alternative treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Daily <u>low-dose</u> inhaled corticosteroid and either leukotriene receptor antagonist or theophylline 	Preferred treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Daily <u>low-dose</u> inhaled corticosteroid (with nebulizer or MDI with holding chamber with or without face mask or DPI) Alternative treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Cromolyn (nebulizer is preferred or MDI with holding chamber) OR • Leukotriene receptor antagonist 	Note: Initiation of long-term controller therapy should be considered if child has had more than three episodes of wheezing in the past year that lasted more than one day and affected sleep and who have risk factors for the development of asthma. ²
		Consultation With Asthma Specialist Recommended	Consultation With Asthma Specialist Recommended	Consider Consultation With Asthma Specialist	Preferred Treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Inhaled short-acting B_2- agonist
Quick Relief¹		Preferred treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Inhaled short-acting B_2- agonist Alternative treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Oral B_2 - agonist 	Preferred treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Inhaled short-acting B_2- agonist Alternative treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Oral B_2 - agonist 	Preferred Treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Inhaled short-acting B_2-agonist 	Preferred Treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Inhaled short-acting B_2-agonist Alternative Treatment: <ul style="list-style-type: none"> • Oral B_2 - agonist

¹ For Infants and children use spacer or spacer AND MASK.

² Risk factors for the development of asthma are parental history of asthma, physician-diagnosed atopic dermatitis, or two of the following: physician-diagnosed allergic rhinitis, wheezing apart from colds, peripheral blood eosinophilia. With viral respiratory infection, use bronchodilator every 4-6 hours up to 24 hours (longer with physician consult); in general no more than once every six weeks. If patient has seasonal asthma on a predictable basis, long-term anti-inflammatory therapy (inhaled corticosteroids, cromolyn) should be initiated prior to the anticipated onset of symptoms and continued through the season.

This Asthma Plan was developed by a committee facilitated by the Childhood Asthma Initiative, a program funded by the California Children and Families Commission, and the Regional Asthma Management and Prevention (RAMP). This Asthma Plan was developed by a committee facilitated by the Childhood Asthma Initiative, a program funded on the California Heart, Lung, and Blood Institute's, "Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma," NIH Publication No. 4051 (April 1997) and "Update on Selected Topics 2002," NIH Publication No. 02-5075 (June 2002). The information contained herein is intended for the use and convenience of physicians and other medical personnel, and may not be appropriate for use in all circumstances. Decisions to adopt any particular recommendation must be made by qualified medical personnel in light of available resources and the circumstances presented by individual patients. No entity or individual involved in the funding or development of this plan makes any warranty guarantee, express or implied, of the quality, fitness, performance or results of use of the information or products described in the plan or the Guidelines. For additional information, please contact RAMP at (510)622-4438, <<http://www.rampasthma.org>>.